

**COUNTY OF LOS ANGELES – DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
PATIENTS’ RIGHTS OFFICE**

ГРАФСТВО ЛОС АНДЖЕЛЕС – ОТДЕЛ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ОФИС ЗАЩИТЫ ПРАВ ПАЦИЕНТА

Конфиденциальная Информация Клиента – См. Welfare and Institutions Code
Секция 5328

**БЛАНК ЖАЛОБЫ ИЛИ АПЕЛЛЯЦИИ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПОЛНОМОЧИЙ
БЕНЕФИЦИАРИЯ/КЛИЕНТА**

Вы можете в любое время подать ЖАЛОБУ.

Вы можете уполномочить другого человека действовать от Вашего имени.

Вы имеете право подать АПЕЛЛЯЦИЮ (обжалование) в Офис Защиты Прав Пациента (Patient's Rights Office) или затребовать СПРАВЕДЛИВОЕ СЛУШАНИЕ НА УРОВНЕ ШТАТА (STATE FAIR HEARING) в тех случаях, когда Местная Программа Психического Здоровья:

1. Отказывает в предоставлении ордера на требуемые услуги или его ограничивает;
2. Ограничивает, временно приостанавливает или прекращает ранее одобренные услуги;
3. Отказывает, частично или полностью, в оплате за предоставленные услуги;
4. Меняет предоставляемые услуги или не предоставляет их своевременно;
5. Не действует в рамках предусмотренного срока на разрешение стандартных жалоб, стандартных апелляций или на разрешение ускоренных обжалований.

Только клиенты, состоящие в программе Меди–Кал и завершившие апелляционный процесс Программы Психического Здоровья, вправе требовать Справедливое Слушание на уровне штата.

Лицо, подающее жалобу или апелляцию

ФАМИЛИЯ	ИМЯ	ИНИЦ. ОТЧ.	ДАТА РОЖДЕНИЯ	№ МЕДИ–КАЛ

АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ КОД	ДОМАШНИЙ ТЕЛ.

Лица и организации, против которых подается жалоба или апелляция

НАИМЕНОВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ/ПОСТАВЩИКА УСЛУГ/ПРОГРАММЫ	ТЕЛ.

АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ КОД

БЛАНК ЖАЛОБЫ/АПЕЛЛЯЦИИ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПОЛНОМОЧИЙ БЕНЕФИЦИАРИЯ/КЛИЕНТА
(Продолжение)

ПОЛНОМОЧИЕ НА УПОТРЕБЛЕНИЕ И ОБЪЯВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ:

С подписанием настоящего документа Вы даете разрешение Офису Защиты Прав Пациента при Отделе Психического Здоровья Графства Лос Анджелес расследовать Вашу жалобу или апелляцию. Настоящее Полномочие дает возможность медицинским сотрудникам, предоставляющим Вам услуги, предоставить следующую медицинскую информацию Офису Защиты Прав Пациента при Отделе Психического Здоровья Графства Лос Анджелес для рассмотрения Вашей жалобы или апелляции:

- **Вашу настоящую и прошлую истории болезни; а также**
- **Другую информацию, имеющую отношение к Вашей Жалобе или Апелляции и/или к отказу или к правам.**

Истечение срока действия:

Срок действия настоящего Полномочия истекает в день разрешения Вашей жалобы или апелляции.

Ваши права касательно этого Полномочия:

Если Вы согласитесь расписаться на этом Полномочии, Вам обязаны предоставить подписанную копию настоящего бланка.

Вы не обязаны расписываться на этом Полномочии, и Ваш отказ не повлияет на Ваши возможности получить лечение.

Вы можете в любое время отменить или аннулировать Ваше полномочие, предоставляющее доступ к Вашей медицинской информации, путем письменного сообщения об этом в Отдел Психического Здоровья Графства Лос Анджелес. Ваш письменный, подписанный запрос об аннулировании должен быть предоставлен (по почте или лично) по адресу:

**Офис Защиты Прав Пациента
Отдел Душевного Здоровья — Графство Лос Анджелес
County of Los Angeles — Department of Mental Health
Patients' Rights Office
550 South Vermont Avenue
Los Angeles, CA 90020**

В случае аннулирования настоящего полномочия и несмотря на это, мы будем вправе воспользоваться и делиться Вашей медицинской информацией полученной к тому времени на основании настоящего полномочия.

БЛАНК ЖАЛОБЫ/АПЕЛЛЯЦИИ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПОЛНОМОЧИЙ БЕНЕФИЦИАРИЯ/КЛИЕНТА
(Продолжение)

Одобрение Полномочия: Моей подписью на настоящем документе я даю полномочие на употребление и объявление вышеуказанной медицинской информации. Я понимаю, что моя медицинская информация, использованная или объявленная в результате моего подписания настоящего полномочия, не подлежит дальнейшему использованию или раскрытая без получения от меня другого полномочия, или в таком случае, когда такого рода объявление конкретно разрешается, предвидится или требуется законом.

Подпись клиента/Представителя клиента/

Дата

При подписании документа личным представителем клиента,
указать характер отношений и полномочие на представительство.

При подписании документа личным представителем клиента, указать характер отношений и
полномочие на представительство.

**ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО НА ЯЗЫКОВЫЕ/ПЕРЕВОДЧЕСКИЕ УСЛУГИ ДАРОМ
ЗА ПОМОЩЬЮ ПО НИЖЕУКАЗАННЫМ ВОПРОСАМ ОБРАЩАЙТЕСЬ В ОФИС ЗАЩИТЫ
ПРАВ ПАЦИЕНТА ПО ТЕЛЕФОНУ:**

**НЕ-ГОСПИТАЛЬНЫЕ ЖАЛОБЫ/АПЕЛЛЯЦИИ – (213) 738-4949
ГОСПИТАЛЬНЫЕ ЖАЛОБЫ/АПЕЛЛЯЦИИ – (800) 700-9996 или (213) 738-4888**

- Заполнили ли Вы информацию, указанную на бланке?
- Указали ли Вы Ваш номер телефона и адрес, по которым мы сможем с Вами связаться?
- Расписались ли Вы под секцией Жалобы или Апелляции на 2й странице и под секцией Полномочия на этой странице?

Посылайте, пожалуйста, по адресу:

**Офис защиты прав пациента
Отдел Психического Здоровья — Графство Лос Анжелес
County of Los Angeles — Department of Mental Health
Patients' Rights Office
550 South Vermont Avenue
Los Angeles, CA 90020**

Не забудьте, пожалуйста, приклеить марку.